TITRES ET PUBLICATIONS

DU

Dr M. OUI

CANDIDAT A L'AGRÉGATION POUR LES FACULTÉS DE BORDEAUX ET DE LILLE

(Section de chirurgie et d'accouchements)

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

TITRES & PUBLICATIONS

DU Dr M. OUI

TITRES

Élève boursier du service de santé de la marine (Concours de 1887, n° 1).

Docteur en médecine, 24 janvier 1890.

Chef de clinique obstétricale, 1er novembre 1890.

Membre de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux.

ENSEIGNEMENT

Conférences cliniques à la clinique d'accouchements de la Faculté de Bordeaux (Année scolaire, 1890-91).

Leçons sur la grossesse normale, l'accouchement physiologique et la pathologie de la grossesse (Vacances de 1891).

Leçons faites à la clinique Baudelocque (Mars 1892).

PUBLICATIONS

I. — Étude sur quelques manifestations morbides observées chez les trieurs de moules des environs de Châtelaillon (Charente-Inférieure) Thèse inaugurale, Bordeaux, 1890.

Les individus occupés sur cette partie de la côte au triage des moules présentent des accidents qui ne se produisent que lorsqu'ils se livrent à ce travail. — Ces accidents consistent :

1° En une rhino-bronchite s'accompagnant d'une sécrétion muqueuse abondante, et d'accès de dyspnée intenses ;

2° En une conjonctivite en général assez légère, se produisant au moment du travail et persistant peu de temps après ;

3° En une éruption vésiculeuse des mains siégeant surtout sur les espaces interdigitaux, et accompagnée de démangeaisons très vives et de desquamation de l'épiderme.

Nos recherches chimiques et microscopiques, nous ont permis de ne pas ranger la rhino-bronchite et la conjonctivite observées, dans le cadre des nosoconyoses et des nosomycoses. Nous avons pu rattacher leur cause véritable à la présence, en quantité notable, dans l'air respiré par les travailleurs, d'ammoniaques composées amenant l'irritation des muqueuses pituitaire et bronchique ainsi que de la conjonctive.

Quant à l'éruption vésiculeuse des mains, elle est absolument analogue à la gale d'eau des nacriers décrite par le professeur Layet, et au mal de bassine décrit par M. Beaugrand, La cause est d'ailleurs la même pour ces trois maladies : c'est le séjour prolongé des mains dans un liquide chargé de matières organiques.

Comme prophylaxie, l'emploi des astringents et en parti-

culier du tannin permettra d'éviter l'éruption. Le lavage à grande eau des coquillages avant le triage entraînera une grande partie de la vase qui les entoure, diminuera par conséquent la quantité d'ammoniaques composées qui s'en dégagent, et permettra d'éviter ou tout au moins d'atténuer la rhino-bronchite et la conjonctivite.

L'ammoniaque pure, avait été signalée en 1889 par MM. Kelsch et Kiener, comme produisant sur la muqueuse intestinale des ulcérations analogues à celle de la dysenterie. Treitz avait incriminé le carbonate d'ammoniaque comme cause des ulcérations intestinales de l'urémie ; mais l'action des ammoniaques composées sur les téguments et les muqueuses, bien qu'elle fût connue depuis longtemps et utilisée en thérapeutique, n'avait pas encore été signalée en pathologie.

II. — Grossesse extra-utérine. — Rupture du kyste entre la huitième et la dixième semaine. — Guérison. *Archives de tocologie*, juin 1891.

Observation d'une fille soumise chez laquelle furent observés d'abord tous les symptômes d'une grossesse extra-utérine au début, puis tous les signes d'une rupture du kyste fœtal, entre la huitième et la dixième semaine.

La laparotomie ne fut pas faite, par crainte de voir cette femme succomber pendant l'opération. Malgré la gravité de son état, elle guérit après avoir présenté pendant 2 ou 3 jours des accidents de péritonite.

III. — Un cas d'hydrocéphalie. — Présentation du siège décomplété mode des fesses. — Tête retenue au détroit supérieur. *Archives de tocologie*, août 1891.

Un médecin et une sage-femme ayant fait sans résultats des tractions répétées sur le tronc d'un fœtus pour extraire la

tête retenue au détroit supérienr, je fus appelé et diagnostiquai par le palper ce cas d'hydrocéphalie.

L'emploi du procédé de Van Huevel et Tarnier ne m'ayant donné aucun résultat, je dus faire la perforation du crâne par la voûte palatine.

C'est, je crois, le seul cas publié d'insuccès du procédé de Van Huevel. L'échec était dû à une rupture de la colonne vertébrale produite par les tractions faites avant mon arrivée. Ces tractions avaient en outre produit un écartement de 3 à 4 centimètres entre les deux extrémités du rachis; c'est dans cet espace que la sonde était venue s'égarer, sans pouvoir arriver à pénétrer dans la cavité crânienne.

IV. — Note sur deux cas de tamponnement intra-utérin. *Archives de tocologie*, septembre 1891.

Dans l'un des cas, le tampon utérin de gaze iodoformée fut employé pour combattre une hémorrhagie abondante causée par le décollement partiel du placenta, après un avortement à quatre mois. L'hémorrhagie fut complètement arrêtée, et la délivrance s'opéra sans autre intervention, au moment où le tampon fut retiré.

Dans le second cas, le tampon utérin fut appliqué chez une femme mise en danger de mort par une hémorrhagie considérable survenue à la suite d'une délivrance artificielle. Le placenta était inséré sur le segment inférieur. L'action hémostatique parfaite du tampon permit de sauver cette femme. Il y eut dans la suite des phénomènes graves de septicémie; mais les circonstances spéciales à ce cas, permettent de penser que l'infection n'était pas due au tamponnement utérin.

Ces deux observations montrent la très grande valeur du tampon utérin dans les hémorrhagies *post partum*, ainsi que son efficacité dans les cas de rétention placentaire après l'avortement.

V. — **Un cas de céphalœmatome triple.** *Archives de tocologie*, octobre 1891.

Les cas de céphalœmatome triple sont rares ; dans son important mémoire, Seux n'en signale que trois cas. Celui que j'ai observé avec M. le Dr Lefour présente quelques particularités intéressantes.

Les trois céphalœmatomes se sont produits chez un enfant petit (2.200 grammes) après un travail facile, puisque la mère, primipare, était accouchée sans s'en douter, debout au milieu de son atelier. Le céphalœmatome occipital a suppuré, infecté probablement par l'intermédiaire d'une petite excoriation située à son sommet. L'un des céphalœmatomes pariétaux fut incisé, et guérit sans incidents, beaucoup plus vite que celui sur lequel on s'était contenté de faire de la compression.

L'incision est par conséquent très justifiée dans le cas de céphalœmatome volumineux. L'opération faite antiseptiquement ne saurait avoir les conséquences graves redoutées autrefois, et a l'avantage d'amener une guérison beaucoup plus rapide.

VI. — **Sommeil hypnotique pendant l'accouchement chez une primipare hystérique.** *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, novembre 1891.

Observation d'une primipare atteinte pendant sa grossesse de coxalgie hystérique, traitée à ce moment et très améliorée par la suggestion. Nous pûmes pendant la période d'expulsion la plonger par pression des globes oculaires dans le sommeil hypnotique, et lui éviter ainsi les douleurs de la dernière période du travail.

Dans aucun des cas publiés jusqu'ici, l'hypnose n'avait été

produite pendant la période d'expulsion. C'est toujours pendant la période de dilatation qu'on avait provoqué le sommeil hypnotique. Dans notre observation, l'état hypnotique provoqué a été un état fruste, se rapprochant de la léthargie, et, de plus, il a fallu pour maintenir cet état, exciter constamment la zone hypnogène, ainsi que l'avait déjà montré une observation de MM. Auvard et Varnier. Enfin dans ce cas, c'est à l'état hypnotique lui-même et non à la suggestion que semble due l'analgésie dont cette femme a bénéficié.

VII. — Étude sur les principales méthodes de provocation de l'accouchement prématuré. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, décembre 1891 ; janvier 1892.

Nous avons complètement écarté de cette étude les vieilles méthodes telles que l'emploi des médicaments : seigle ergoté, sulfate de quinine, pilocarpine, etc. Il nous a semblé également inutile de nous arrêter à des procédés qui après avoir donné des résultats infidèles, ou avoir causé des accidents, sont actuellement rejetés par presque tous les accoucheurs comme inefficaces ou dangereux pour la mère et l'enfant, quelquefois même pour les deux.

Notre étude a donc porté sur trois procédés seulement :

1° La bougie de Krause employée seule ou secondée par l'emploi des sacs violons de Barnes ;

2° Le ballon excitateur du professeur Tarnier ;

3° Le ballon excitateur et dilatateur en tissu inextensible de M. Champetier de Ribes.

C'est ce dernier procédé qui étant le plus récent, offre le plus grand intérêt, et si M. le professeur Pinard l'a étudié très complètement dans ses cliniques (janvier, février 1891), il a dû se borner à publier des tableaux résumant cent cas d'accouchements prématurés provoqués par les procédés de

MM. Tarnier et Champetier de Ribes. Aussi depuis le travail de M. Champetier (*Annales de gynécologie*, 1888), n'avons-nous vu publier qu'une seule observation détaillée de ce procédé.

Nous apportons dans ce travail seize observations d'accouchements prématurés provoqués par l'emploi de la sonde de Krause, du ballon Tarnier et du ballon Champetier.

Dans 14 cas, l'intervention a été motivée par une angustie pelvienne plus ou moins considérable. Dans un cas, l'accouchement a été provoqué dans le but de sauver la mère atteinte d'accidents gravido-cardiaques à marche rapide. Dans un autre cas le but de l'intervention a été de sauver un enfant compromis par une rupture prématurée spontanée des membranes.

On a eu recours 8 fois au procédé de Krause, 3 fois au ballon Tarnier, 3 fois à l'emploi successif des ballons Tarnier et Champetier, 2 fois au ballon Champetier seul.

La durée moyenne du travail a été pour les différents procédés :

Sonde de Krause.	50 heures 1/2
Ballon Tarnier.	29 heures
Ballon Champetier.	19 heures
Ballons Tarnier et Champetier. . .	32 heures

Nous avons comparé nos résultats avec ceux des cas cités dans les tableaux de M. le professeur Pinard. Les moyennes données par ces tableaux sont :

Ballon Tarnier.	47 heures
Ballons Tarnier et Champetier. . .	28 heures
Ballon Champetier.	13 heures

La discordance de ces deux tableaux est due à ce que M. le professeur Pinard emploie systématiquement le ballon Champetier après le ballon Tarnier, dès que celui-ci lui a frayé la voie. Au contraire, nous n'avons employé le ballon Champe-

tier après celui du professeur Tarnier, que lorsque ce dernier était insuffisant, dans les cas où la dilatation progressait très lentement, et nous avons pu alors obtenir en quelques heures avec le ballon Champetier une dilatation complète, alors que le ballon Tarnier avait mis 24 heures à produire seulement la déhiscence du col.

Les résultats ont été excellents pour les mères. Sur 16, une seule a succombé ; mais l'intervention est absolument innocente de cette mort, car nous avions provoqué l'accouchement alors que cette femme, atteinte d'accidents gravido-cardiaques était dans un état désespéré. C'est d'ailleurs à ces accidents qu'elle a succombé.

Pour les enfants, les résultats ont été moins satisfaisants.

Procédé de Krause.	Vivants	5	Morts	3	37 0/0
Ballon Tarnier.	—	3	—	0	
Ballons Tarnier et Champetier .	—	2	—	1	33 0/0
Ballon Champetier.	—	2	—	0	

Au total, mortalité de 25 0/0.

Les présentations et l'intervention, jouent d'ailleurs un rôle important dans les résultats obtenus.

C'est ainsi que pour :

12 présentations du sommet	2	morts	16,5 0/0
4 présentations du siège	2	»	50 0/0

Cinq applications de forceps ont donné cinq enfants vivants.

La présentation du sommet et le forceps sont donc à ne considérer que nos chiffres, plus favorables au fœtus que l'extraction par le siège, dans le cas d'accouchements prématurés.

Les résultats obtenus nous amènent donc à rejeter la sonde de Krause, puisque le travail est beaucoup plus long qu'avec les autres procédés, et que les enfants succombent en très grand nombre.

La préférence doit être donnée au ballon Champetier ; mais chez les primipares et chez les multipares à col peu perméable, on doit le faire précéder du ballon Tarnier.

Dans les cas de rupture prématurée des membranes le ballon Tarnier introduit dans la cavité de l'œuf serait insuffisant pour provoquer le travail. Il est donc d'autant plus indiqué d'avoir recours d'emblée au ballon Champetier.

Il est important de ne pas gonfler ce ballon au maximum dès le début, pour ne pas distendre outre mesure et brusquement le segment inférieur, et ne pas déplacer la présentation. De plus, dans le cas de bassin vicié le fond du ballon est retenu par le détroit supérieur et l'appareil n'excite pas suffisamment les contractions utérines.

Le seul inconvénient du ballon Champetier est de déterminer des mutations de présentations ; mais on pourra souvent les éviter en prenant les précautions indiquées. En tout cas, on ne doit rompre les membranes après l'expulsion du ballon, qu'après s'être assuré de la présentation.

VIII. — Nombreuses observations publiées dans le mémoire du Dr Abelin intitulé : **Contribution à l'étude de la pathologie des suites de couches dans les pays paludéens.** *Archives de tocologie*, janvier, février, mars 1891.

IX. — **Présentations** à la *Société d'anatomie de Bordeaux* :

1° D'un fœtus ectromélien hydrocéphale ;

2° D'un fœtus célosomien genre schistosome présentant, contrairement à la description de Geoffroy Saint-Hilaire, un développement complet et une conformation régulière des membres inférieurs.

X. — Publication dans la thèse inaugurale du Dr Bourrus (**Étude sur les formes anormales de l'utérus gravide, leur influence sur la grossesse, l'accouchement et la délivrance** (Th. Bordeaux, 1891) de l'observation d'une primipare ayant un utérus bicorne. Il y eut dans le courant du 8e mois, d'abord présentation du sommet ; puis présentation de l'épaule irréductible par manœuvres externes, la tête s'étant enclavée dans la corne la plus petite. Accouchement prématuré spontané à la fin du 8e mois. Pendant le travail, après rupture intempestive des membranes, version spontanée et présentation de la face avec procidence du bras. Application de forceps dans l'excavation. Délivrance artificielle nécessitée par une hémorrhagie considérable.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne), 30, Passage Verdeau, Paris.